We Care Pediatrics 9406 Balm Riverview Road, Riverview, Florida 33569 T: 813-236-9310 **(2/18/2020)**

We Care Pediatrics (WCP)

Demografía	**Paciente**	**Guardián** Tutor Legal
Apellido	**1.**	**9.**
Nombre	**2.**	**10.**
Fecha De Nacimiento	**3.**	**11.**
Edad	**4.**	**12.**
Masculino/Femenino	**5.**	**13.**
Seguro Social	**6.**	**14.**
Teléfono De Casa	**7.**	**15.**
Dirección Ciudad, Estado, Codigo Postal	**8.**	**16.**

Seguro Primario: Nombre del plan:_____ **Número de identificación:** _____

Dirección:_____ **Número de grupo:** _____

Nombre Del Titular De La Póliza:_____ **fecha efectiva:** _____

Titular de la póliza (Número de Seguro Social):_____/_____/_____ **(Fecha de nacimiento):** ___/___/___ **(Sexo): M / F**

Seguro Secundario: Nombre del plan:_____ **Número de identificación:** _____

Dirección:_____ **Número de grupo:** _____

Nombre Del Titular De La Póliza:_____ **fecha efectiva:** _____

Titular de la póliza (Número de Seguro Social):_____/_____/_____ **(Fecha de nacimiento):** ___/___/___ **(Sexo): M / F**

-Se concede permiso para que los médicos, empleados y agentes de esta oficina rendir al paciente (usted o a su hijo) el tratamiento médico que se considere necesario y <u>la divulgación de información</u> médica sobre a quién usted autoriza tratar e informar sobre usted o las condiciones médicas y/o diagnósticos de su hijo; estado de pago y tomar las decisiones médicas necesarias bajo cualquier circunstancia, incluyendo emergencias.

Contactos De Emergencia:

17. Nombre:_____ Teléfono celular:_____

Relación Con El Paciente _____

Nombre:_____ Teléfono celular:_____

Relación Con El Paciente _____

Por favor, Enumere (Imprima Claramente) Los Nombres De Todos Los Niños (menores de 21 años de edad) En Su hogar

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	*Edad Actual*	¿Es su hijo un paciente en esta oficina?	Si no es una paciente en esta oficina, ¿le gustaría ser?
					□ Sí □ No
					□ Sí □ No
					□ Sí □ No
					□ Sí □ No
					□ Sí □ No
					□ Sí □ No
					□ Sí □ No

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

We Care Pediatrics 9406 Balm Riverview Road, Riverview, Florida 33569 T: 813-236-9310 **(2/18/2020)**

Estado de Responsabilidad Financiera/Asignación de Beneficios - We Care Pediatrics (WCP)

a) Soy legalmente responsable, como garante o se me ha proporcionado autorización por escrito por parte del Guardián del paciente para tomar decisiones médicas para el paciente y que soy responsable de todos los cargos en relación con la atención médica y el tratamiento proporcionado por representantes de We Care Pediatrics (WCP). En el caso de que ya no sea el garante del paciente o haya cambios en mi estatus de garantía, estoy de acuerdo en que soy responsable de informar a WCP de cualquier cambio y yo cedo y autorizo el pago rápido a WCP. **b)** Mi plan de seguro puede no aprobar o reembolsar mis servicios médicos en su totalidad debido a: tarifas regulares, exclusiones de beneficios, límites de cobertura, falta de autorización o necesidad médica, sin embargo, entiendo que todavía soy responsable de todas las tarifas no pagadas en su totalidad por mi compañía de seguros incluyendo cuando ciertos problemas orientados a problemas son identificados por el padre y/o el paciente y/o el proveedor relacionados con el bienestar general del paciente durante lo que parece ser una "visita de bienestar o enfermo" que, en última instancia, requiere una evaluación, administración y la educación junto con la documentación y facturación requeridas de acuerdo con los estándares de la industria. En última instancia, siempre soy responsable de cualquier copago, coseguros, deducibles de pólizas, rescisión o cambios imprevistos de la póliza de seguro retroactivo, excepto cuando mi responsabilidad está limitada por el contrato o las leyes estatales/federales. **c)** Con el fin de garantizar que nuestros pacientes sean vistos de la manera más eficiente posible, es importante que todos los horarios de la cita se mantengan según lo programado. En caso de que se pierda una cita, WCP tiene el derecho de cobrar al paciente una tarifa de "perder cita" de $25 (si se cancela menos de 24 horas antes de la hora programada de la cita o cita perdida) y asignar al paciente a una categoría de acceso de "nivel" más baja que podría resultar en que el paciente no sea elegibles para citas y sólo se ven sobre una base de "sin cita". La oficina se reserva el derecho de: "descartar a los pacientes que se pierdan un total de tres citas. **d)** Acepto mantener las citas de seguimiento programadas, así como las visitas de citas de mantenimientos apropiadas para la edad esperada a los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 meses y los exámenes anuales a partir de los dos años de edad y cada año después (así como cumplir con el calendario de vacunas autorizadas por la AAP). El incumplimiento de las citas y/o desviarse del calendario de vacunas recomendado se interpretará como un incumplimiento de la atención médica y podría ser motivo para la terminación de la práctica. **e)** WCP se reserva el derecho de cobrar al garante y/o familia de pacientes por cualquier: citas perdidas; destrucción o vandalismo de la propiedad de la oficina; faltar citas de vacunas debido al paciente / Guardián del paciente /miembro de la familia responsable decidiendo no tener la vacuna/s administrada después de la aprobación verbal inicial fue dada y después de que la vacuna/s se extraiga y/o paciente/ Guardián del paciente /miembro de la familia que interfiera físicamente con la administración de la vacuna/s al paciente. **f)** Según el contrato de WCP con las compañías de seguros, WCP está obligado a cobrar su copago / coseguro y / o deducible en el momento de la visita / servicio de la oficina y / o al recibir la evidencia de beneficios (EOB). WCP acepta efectivo y la tarjeta de crédito VISA como formas de pago y WCP requiere que usted mantenga una tarjeta de crédito financiada y no expirada en el archivo en todo momento dado **cobrar automáticamente esos cargos tan pronto como su compañía de seguros adjudicada la cantidad apropiada de responsabilidad del paciente por la reclamación. g)** Las tarjetas de crédito insuficientemente financiadas en el archivo y / o pagos que requieren 3 intentos de ponerse en contacto con usted (por teléfono y / o con estados de cuenta) y / o son más tarde de 60 días después de nuestro primer intento de ponerse en contacto con usted se consideran "pagos atrasados" y estarán sujetos a una tarifa de servicio adicional de $50 (un estado de cuenta final se puede prestar con una carta informándole que nuestra relación está sujeta a cancelación después de 30 días más) y como resultado todos los servicios adicionales se proporcionarán en efectivo. **h)** Después de que se hayan agotado todos los esfuerzos para obtener el pago, nos reservamos el derecho de colocar su cuenta en una agencia de cobro y usted será responsable de cualquier costo de cobro además de su factura pendiente. Si actualmente está en colecciones, la práctica utilizará su discreción para proporcionarle más tratamiento o pedirle que busque otro médico. **i)** WCP se reserva el derecho de cobrar a los pacientes con ciertos seguros una tarifa *fuera del horario de atención* en el momento del servicio cuando se realizan visitas ***después de las 5:00pm*** *y en* ***Sábados*** *y para* ***todos los días festivos federales*** de acuerdo con el contrato del plan de seguro. **j)** Si su hijo está cubierto por más de una póliza de seguro, asegúrese de comunicarnos qué póliza de seguro se considera **primaria y secundaria junto con las tarjetas de seguros respectivos** porque debemos presentar reclamaciones al(los) seguros(s) apropiado(s) en el orden correcto. **k)** Si su hijo es visto en nuestra oficina por preocupaciones relacionadas con un accidente automovilístico, por favor proporcione la información apropiada del seguro de vehículo y el número de reclamo en el momento de la visita. **l) Nos reservamos el derecho de reprogramar las citas si la demografía y el seguro correctos junto con la tarjeta/s no están disponibles por cada visita y / o si el pago esperado no se recibe y / o una tarjeta de crédito válida no se permite ser presentada en el momento de la visita.** Intentaremos validar sus beneficios de seguro en el momento del servicio, sin embargo, si no podemos, asignaremos su cuenta al estado "autopagado" y solicitaremos el pago completo antes del final de su visita. En tales casos, reembolsaremos cualquier cantidad pagada posteriormente por su compañía de seguros hasta que reciba la evidencia de beneficios (EOB). **m)** Entiendo y estoy de acuerdo con las políticas de copia de gráficos que incluyen: aviso anticipado de la solicitud por lo menos 5 días hábiles (la oficina puede tardar hasta 30 días en procesar la solicitud) y el pago en su totalidad en el momento de la solicitud ($1.00 cada página para las primeras 25 páginas, a continuación, $.25 por cada página a partir de entonces y en el caso de copias electrónicas, el cargo es de $20 que cubre el costo de un CD cifrado). He leído todo lo anterior y entiendo/acepto todas las disposiciones anteriores y acepto adherirme a los términos de servicio anteriores.

18. Firma del Guardián del paciente (garante) **19.** Teléfono Celular **20.** Correo electrónico **21.** Fecha

_____ _____ _____ _____

22. Nombre impreso del del Guardián del paciente (garante) **23.** Relación con el Paciente **(=☐Propio / ☐Madre /☐Padre / ☐ Del Guardián Del Paciente)**

_____ _____

Witness by Office staff: Sign _____ Date _____

We Care Pediatrics 9406 Balm Riverview Road, Riverview, Florida 33569 T: 813-236-9310 **(2/18/2020)**

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

FORMULARIO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD- We Care Pediatrics (WCP)

Este resumen de nuestras prácticas de privacidad contiene una versión condensada de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. **(Esta información se ofrece a petición de un paciente)**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre (usted/su) hijo y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente. Entendemos que (usted/su hijo) **información médica es personal,** y estamos comprometidos a protegerlo. Creamos registros médicos sobre (usted/la de su hijo) y los servicios y/o artículos que proporcionamos a (usted/su hijo) como nuestro paciente. Por ley, estamos obligados a asegurarnos de que esta información esté protegida y mantenida privada. **¿Cómo usaremos o divulgaremos su información? Estos son algunos ejemplos (para obtener más detalles, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad que sigue este resumen):** para el tratamiento médico; para obtener el pago de nuestros servicios; en situaciones de emergencia; para recordatorios de cita y retiro de pacientes; investigación; para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad; en respuesta a ciertas solicitudes derivadas de demandas /solicitudes gubernamentales; para llevar a cabo nuestra práctica de manera más eficiente y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. **Si usted cree (los de su hijo/sus hijos) los derechos de privacidad han sido violados,** puede presentar una queja ante la oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja. Sus derechos con respecto a la información que mantenemos sobre su registro de usted/su hijo incluyen su capacidad para:

-inspeccionar y copiar, solicitar restricciones, modificar, solicitar una copia en papel de este aviso, hacer una contabilidad de las divulgaciones y solicitar comunicaciones confidenciales

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre (usted/su hijo). El aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina. Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se utiliza o divulga la información médica protegida sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos ese acuerdo. Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre usted para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, VIH y/o servicios de salud mental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorga a mis aseguradoras el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza.

A menos que se revoque lo contrario, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición **(opcional)**

24. -(opcional para completar) (_____)

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas de confidencialidad federal y que la práctica puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este Consentimiento.

25.- Nombre completo:_____ Firma:_____

26.- Relación con el paciente =☐ propio / ☐Madre /☐Padre / ☐ Del Guardián Del Paciente reconociendo lo anterior

Documentación del esfuerzo de buena fe para obtener el Reconocimiento de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

El paciente presentó su servicio en esta fecha y se le proporcionó una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad**. Se hizo un esfuerzo de buena fe para obtener un acuse de recibo por escrito del **Aviso**. Sin embargo, no se obtuvo un acuse de recibo debido a los siguientes motivos:

☐ El paciente se negó a firmar el reconocimiento de recibo anterior.

☐ El paciente no pudo firmar el reconocimiento de recibo anterior.

Witness by Office staff: Sign _____ Date _____

We Care Pediatrics 9406 Balm Riverview Road, Riverview, Florida 33569 T: 813-236-9310 **(2/18/2020)**

SOLICITUD PARA OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA We Care Pediatrics (WCP):

Registros se divulgarán a We Care Pediatrics

Paciente: 27. Apellido: _____28. Nombre:_____29. Fecha de Nacimento: _____
Autorizo y solicito voluntariamente la divulgación (incluido el intercambio en papel, oral y electrónico):
*** ¿De qué?-todos mis registros médicos/educativos incluyendo: todos los registros y otra información con respecto a mi tratamiento, hospitalización, y atención al paciente por cualquier razón incluyendo, y no limitado a: físico, psicológico, psiquiátrico, u otro impedimento mental(s), abuso de drogas, alcoholismo u otro abuso de sustancias, enfermedad transmisibles o venéreas, o deficiencias relacionadas con genes (incluyendo resultados de pruebas genéticas).**
****¿De quién?-todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc: incluyendo salud mental, fuentes educativas, trabajadores sociales y profesionales de rehabilitación.**
Padre o guardián llena este lado

30. Nombre de la Práctica Pasada / MD Que Tiene Registros Médicos

_____

31. Tel:_____

32. FAX _____

33. Dirección

34. Firma

_____

35. Nombre y Apellido

_____

36. Relación con el Paciente =□Propio / □Madre /□Padre / □ Del Guardián Del Paciente

_____

37. Fecha Firmada _____

38. Tel:_____

We Fill this side Out!

Please Send information TO:
WE CARE PEDIATRICS

□ ***Mail: 9406 Balm Riverview Road, Riverview, Fl 33569***

Typically

□ ***Fax: 813-236-9311***

ONLY NEED ■VACCINE RECORDS

I am satisfied of this person's identity who is signing the form:

Name of Staff Witness:_____ Signature _____ Date_____

Important confidential notice: This facsimile transmission may contain information that is property, subject to attorney/client medical confidentiality, or is otherwise confidential. It is entered only for the use of the addressee named above. If you are not the intended recipient of this communication, you are hereby notified that any dissemination, distribution, or copying of this communication is strictly prohibited. If you have received this communication in error, please notify us immediately.

Thank You,
Peter Kasaff, **M.D., M.P.H., F.A.A.P.**